

Tilsynsrapport

Bostedet Aktiv på Slettebjerggård

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Bosteder

Bostedet Aktiv på Slettebjerggård
Torupvejen 19
3390 Hundested

CVR- nummer: 34958114 **P-nummer:** 1018610430 **SOR-ID:** 986281000016005

Dato for tilsynsbesøget: 24-02-2026

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst

Sagsnr.: 35-2011-23615



1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget materiale i form af beskrivelse af hvordan der systematisk er arbejdet med tiltag siden tilsynsbesøget. Desuden er medsendt en handleplan med uddybning af de enkelte indsatser, hvad indsatsen indeholder samt status og tidsplan for indsatsen.

Vi anerkender, at Bostedet Aktiv på Slettebjerggård har iværksat og planlagt tiltag med henblik på at rette op på medicinhåndteringen, den sundhedsfaglige journalføring og instrukser. Vi finder det dog ikke dokumenteret, at tiltagene på nuværende tidspunkt har haft den tilstrækkelige virkning i forhold til at rette op på patientsikkerheden.

Vi har derfor den 22.april 2026 givet Bostedet Aktiv på Slettebjerggård et påbud om at sikre:

1. forsvarlig medicinhåndtering, herunder udarbejdelse og implementering af instruks herom.
2. systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå.
3. tilstrækkelig journalføring, herunder udarbejdelse og implementering af instruks herom.
4. udarbejdelse og implementering af tilstrækkelige instrukser for personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling, patienternes behov for behandling samt hygiejne

Påbud offentliggøres separat på stps.dk og på sundhed.dk. Når vi konstaterer, at påbuddet er efterlevet, fjernes det fra hjemmesiderne.

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **24-02-2026** vurderet, at der på **Bostedet Aktiv på Slettebjerggård** er:

Større problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden er baseret på observationer, interview samt gennemgang af journaler, instrukser og medicin ved det aktuelle tilsyn.

Organisering

Ved tilsynet den 24-02-2026 var lederen af Bostedet Aktiv på Slettebjerggård fratrådt kort tid forinden og fra starten af februar var ansat et interim leder. Ved tilsynet var der ikke mulighed for, at ledelse eller en repræsentant for ledelsen var til stede.

Ved tilsynet kunne der ikke fremvises instrukser på personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling, personalets opgaver i forhold til patienternes behov for behandling, journalføring, medicin håndtering og hygiejne.

Det blev oplyst, at der tidligere havde været instrukser, men at det nu var uvist, hvor de skulle findes. Desuden blev det konstateret, at bostedets instrukser ikke var en del af introduktionen af nye medarbejdere.

Vi vurderer, at fravær af sundhedsfaglige instrukser indebærer en risiko for patientsikkerheden, fordi behovet for intervention dermed alene baserer sig på den enkelte medarbejders faglige skøn og kompetencer.

Vi vurderer ligeledes, at den manglende instruks for medicin håndtering indebærer en risiko for patientsikkerheden, fordi instruksen har til formål at sikre klarhed om, hvilke fastlagte arbejdsgange personalet skal følge for at sikre en ensartet og sikker patientbehandling. Instruksen skal også forebygge tvivl hos medarbejdere i situationer, hvor det kan indebære en risiko for patienten, hvis behandlingen ikke bliver udført eller bliver udført forkert.

Vi har desuden lagt vægt på, at de manglende instrukser indebærer en risiko for patientsikkerheden, særligt da størstedelen af personalet ikke var sundhedsfagligt uddannet og dermed ikke havde en særlig indsigt i patientsikkerhedsmæssige risici.

Journalføring og sygeplejefaglige vurderinger

Vi konstaterede, at behandlingsstedets sundhedsfaglige dokumentation ikke i nødvendigt omfang beskrev patienternes problemstillinger, iværksat pleje og behandling og aftaler med den behandlingsansvarlige læge om kontrol og opfølgning på patienternes sygdomme. Vi vurderer, at mangelfulde beskrivelser af patienternes aktuelle problemstillinger medfører et manglende overblik over medarbejdernes opgaver og ansvar. Det øger risikoen for, at der ikke bliver fulgt relevant op på aktuel pleje og behandling eller ændringer i patientens tilstand.

Bostedet Aktiv på Slettebjergget oplyste, at de havde skiftet omsorgssystem i sommeren 2025, og at det nye system ikke var tilstrækkeligt implementeret endnu. På baggrund af den manglende instruks for sundhedsfaglig dokumentation var der tillige ikke en ensartet arbejdsgang for, hvordan omsorgssystemet skulle anvendes, og hvor relevante informationer skulle fremgå, så det efterfølgende kunne genfindes af alle medarbejdere.

Vi har lagt særligt vægt på, at der var to forskellige beskrivelser af, hvilke akutte handlinger der skulle foretages hos en patient med neurologisk lidelse. Vi vurderer, at det udgør en risiko for forværring i patientens tilstand, når der ikke er klarhed over, hvilken behandling der skal udføres ved i en akut situation.

Vi har desuden lagt vægt på, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når der ikke følges op på kraftig vægtøgning, da opfølgningen danner grundlag for vurderingen af, om behandlingen har haft den ønskede effekt, eller om der skal iværksættes yderligere tiltag.

Medarbejderne kendte patienterne godt og kunne redegøre mundtligt for nogle af patienternes problemstillinger. Vi vurderer dog, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når kendskabet til patienternes sundhedsfaglige problemstillinger og relevante observationer alene beror på enkeltpersoners viden og ikke fremgår af dokumentationen.

Vi vurderer, at en korrekt og fyldestgørende journalføring er nødvendig for at sikre kontinuitet i pleje og behandling af patienten og for at sikre kommunikation internt på behandlingsstedet og med samarbejdspartnere. Journalen skal desuden kunne give overblik over patientens tilstand, så medarbejderne har mulighed for at foretage hurtig og relevant håndtering af en eventuel akut situation.

Medicinhåndtering

Vi konstaterede flere mangler i medicinhåndteringen. Vi har lagt vægt på, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når at et inhalationspræparat, der var ordineret to gange dagligt, kun blev givet en gang dagligt.

Der var tillige flere aktuelle handelsnavne, som ikke var korrekt anført på medicinlisten. Vi vurderer, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, hvis de aktuelle handelsnavne ikke fremgår af medicinlisten

Samlet vurdering

Ved vurderingen har vi lagt vægt på omfanget og karakteren af de konstaterede mangler. Manglerne var gennemgående og vurderes at have et større omfang, især i forhold til organisering, herunder udarbejdelse og implementering af instrukser samt journalføring og medicinhåndtering.

Samlet set vurderer vi, at der er tale om større problemer af betydning for patientsikkerheden.

2. Krav

Krav

Fundene ved tilsynet giver anledning til, at Styrelsen for Patientsikkerhed stiller følgende krav:

Nummer	Navn	Krav
1.	Gennemgang af og interview om instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling	<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks, der beskriver personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling samt regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver som følger Sundhedsstyrelsens vejledning• Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at følge instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling
2.	Gennemgang af og interview om instrukser for patienternes behov for behandling	<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks, der beskriver personalets opgaver i forbindelse med patienternes behov for behandling. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning• Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at overholde og følger instruks for patienternes behov for behandling
3.	Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation	<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for sundhedsfaglig dokumentation. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning• Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at følge instruks vedrørende den sundhedsfaglige dokumentation
4.	Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i en journal	<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at alle journalnotater overholder de formelle krav til journalføring
5.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige journalføring	<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at de problemområder der er angivet i målepunktet, er fagligt vurderet og beskrevet i den sundhedsfaglige dokumentation

	af patientens aktuelle problemer og risici	
6.	Gennemgang af sundhedsfaglige dokumentation vedr. oversigt over patienters sygdomme, funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsstedet skal sikre, at der udarbejdes en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser ved indflytningen, og at den revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand
7.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder en beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling som er iværksat hos patienten ift. aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme
8.	Gennemgang af og interview om instruks for medicin håndtering	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsstedet skal sikre, at at der i instruksen for medicin håndtering er beskrevet hvordan man håndterer håndkøbslægemidler og kosttilskud. • Behandlingsstedet skal sikre, at det er beskrevet i en instruks, hvordan medicinen dispenseres. • Behandlingsstedet skal sikre, at det er beskrevet i en instruks, hvordan personalet håndterer ikke-dispenseret medicin. • Behandlingsstedet skal sikre, at det er beskrevet i en instruks, hvordan personalet kontrollerer og dokumenterer modtagelsen af medicin, herunder om medicinen er i overensstemmelse med ordinationen. • Behandlingsstedet skal sikre, at det er beskrevet i en instruks, hvordan personalet skal sikre identifikation af patienten og patientens medicin. • Behandlingsstedet skal sikre at håndtering af risikosituationslægemidler er beskrevet i medicin håndteringsinstruksen. • Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for medicin håndtering. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning. • Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning.
9.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem det ordinerede og den aktuelle medicinliste

		<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke fremgår af medicinlisten
12.	Interview om procedurer for hygiejne og smitsomme sygdomme	<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at der udarbejdes en skriftlig instruks for hygiejne

3. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	Gennemgang af og interview om instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling		X		Der forelå ikke en instruks for personalets kompetencer- og ansvarsfordeling. Der kunne ved tilsynet redegøres for hvordan det daglige arbejde blev tilrettelagt og hvem der varetog de sundhedsfaglige opgaver.
2.	Gennemgang af og interview om instrukser for patienternes behov for behandling		X		Der forelå ikke en instruks for patienternes behov for behandling.

Journalføring

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
3.	Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation		X		Der forelå ikke en instruks vedrørende den sundhedsfaglige dokumentation. Det blev ved tilsynet oplyst, at behandlingsstedet havde skiftet elektronisk omsorgssystem i sommeren 2025, men at der ikke i den forbindelse var udarbejdet en instruks. Der kunne ved tilsynet ikke gøres rede for en fastlagt arbejdsgang vedrørende dokumentationen.
4.	Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i en journal		X		Journalen blev ikke ført overskuelig, systematisk og i en journal. Hos en patient fremgik det ikke af journalen, at der forelå bilag vedrørende kost på papir udenfor den elektroniske journal.

					Hos en patient var registreringer vedrørende urinudskillelse noteret forskellige steder i journalen, så det var vanskeligt at få et samlet overblik.
5.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige journalføring af patientens aktuelle problemer og risici		X		<p>Ved journalgennemgang hos to patienter var der flere aktuelle problemområder som ikke var vurderet og beskrevet, eller hvor beskrivelsen var mangelfuld.</p> <p>Hos en patient med to typer anfald manglede præcis beskrivelse af hvordan anfaldene kom til udtryk samt hvilke handlinger der skulle udføres ved anfaldene.</p> <p>For den ene type anfald var der en beskrivelse af hvordan og hvornår pn-medicin skulle anvendes. Dog var beskrivelsen ikke enslydende i den elektroniske journal og på den vejledning som altid fulgte patienten sammen med pn-medicinen.</p> <p>Det var således uklart hvordan der konkret skulle handles ved et anfald og der kunne ved tilsynet ikke redegøres for hvilken af handling der blev fulgt.</p> <p>Desuden manglede beskrivelse af en patients respiration i relation til en lungesygdom samt i hvilke tilfælde der var behov for pn-medicin.</p> <p>Hos en patient i behandling med et hudpræparat var hud og slimhinder ikke vurderet og beskrevet.</p> <p>Der manglede en fyldestgørende beskrivelse af en patients ændrede smertetærskel.</p> <p>Hos en patient med allergi manglede beskrivelse af hvordan dette kom til udtryk og hvornår den ordinerede pn medicin skulle anvendes.</p> <p>Der kunne ved tilsynet delvist redegøres for ovenstående mangler.</p>

6.	Gennemgang af sundhedsfaglige dokumentation vedr. oversigt over patienters sygdomme, funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge		X		Hos en patient manglede der en oversigt over sygdomme og funktionsnedsættelser.
7.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuell pleje og behandling, opfølgning og evaluering		X		<p>Ved journalgennemgang var der i begge journaler manglede opfølgning og evaluering af den pleje og behandling som var iværksat hos patienten.</p> <p>Hos en patient med kraftig vægtøgning var der iværksat kostplan og vægt en gang om måneden. De planlagte vejninger var ikke gennemført. Der kunne ved tilsynet oplyses om, hvilke observationer der blev gjort.</p> <p>En patient var ændret i sin psykofarmaka behandling, men der manglede opfølgning på, hvorvidt dette havde haft den ønskede effekt. Der kunne ved tilsynet redegøres for, hvordan ændringen af psykofarmaka havde haft indvirkning på patientens tilstand.</p> <p>Hos en patient i behandling for en hudlidelse manglede beskrivelse og opfølgning af den iværksatte behandling, Det var ligeledes uklart om behandlingen fortsat blev givet eller om den var afsluttet, da datoen for opfølgning ikke var overholdt. Der kunne ikke redegøres for om behandlingen havde haft effekt. eller om der fortsat var behandling i gang.</p>

Medicinhåndtering

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
8.	Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering		X		Der forelå ikke en instruks for medicinhåndtering. Der kunne gøres rede for, hvem der havde ansvar for dispensering og administration af medicinen.
9.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste		X		Ved gennemgang af medicinlisten hos to patienter var der i begge eksempler på, at præparatets aktuelle handelsnavn ikke fremgik af medicinlisten. Eksempelvis fremgik det af medicinlisten, at patienten skulle have tablet Lamitrogen Teva mens der i beholdningen var tablet Lamonor. Det blev ved tilsynet oplyst, at arbejdsgangen vedrørende ændring af handelsnavn i det ny omsorgssystem ikke var kendt. Af medicinlisten fremgik ordinationen af ikkedispenserbar medicin, at det skulle gives to gange dagligt, men medicinen var kun lagt ind i skemaet som en dosis om morgenen og dermed fik patienten kun halv dosis. Ordinationen var ændret i december 2025 og havde ikke givet anledning til undren.
10.	Gennemgang af medicinbeholdning	X			

Patienters retsstilling

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
11.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling	X			

Hygiejne

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
12.	Interview om procedurer for hygiejne og smitsomme sygdomme		X		Der forelå ikke en instruks for hygiejne.

Øvrige fund

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
13.	Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici			X	

4. Baggrundsoplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Bostedet Aktiv på Slettebjerggård er ejet af en privat fond med en bestyrelse og beliggende i Halsnæs Kommune. Bostedet blev oprettet i 2013.
- Bostedet er fra starten af februar 2026 blevet ledet af interim leder Gitte Elvertorp.
- Målgruppen er voksne med funktionsnedsættelse, samt kognitive vanskeligheder, og der visiteres fra kommuner i hele landet. Der er otte pladser hvoraf syv er besat.
- Der er i alt tolv faste medarbejdere; tre pædagoger, en ufaglært, en pædagogisk assistent, en social- og sundhedshjælper og to social- og sundhedsassistenter. Fem medarbejdere er i fleksjob, hvoraf en er pedel, to er pædagogisk uddannet, og to er ufaglærte med erfaring på området.
- Der er tilknyttet otte faste tilkaldevikarer.
- Medicindispensering varetages af social- og sundhedsassistenterne og medicinadministration og andre sundhedsfaglige opgaver kan varetages af alle medarbejdere med den rette oplæring.
- Bostedet Aktiv samarbejder med praktiserende læger, Hillerød sygehus, Rigshospitalet, Oligofreni klinikken i Glostrup og Filadelfia.
- Der afholdes personalemøder hver 14 dag.

Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et reaktivt - udgående tilsyn på baggrund af en bekymringshenvendelse vedrørende medicinhåndteringen på Bostedet Aktiv på Slettebjerggård.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for Bosteder anvendt. Målepunkterne findes på vores hjemmeside www.stps.dk under *Tilsyn; Tilsyn med behandlingssteder*. Datoen for tilsynsbesøget skal matche datoangivelsen på målepunktssættet. Hvis tilsynet var en opfølgning på et tidligere tilsyn, anvendes datoen for det første tilsynsbesøg.
- Der blev gennemført medarbejdere
- Der blev gennemført gennemgang af instrukser
- Der blev to journaler, som blev udvalgt på tilsynsbesøget
- Der blev gennemgået medicin for to patienter/borgere

Ved tilsynet og den afsluttende opsamling på tilsynets fund deltog:

- En pædagog
- En social- og sundhedsassistent

Tilsynet blev foretaget af:

- Kate Dagmar Jensen, oversygeplejerske
- Lone Teglbjærg, oversygeplejerske

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Information om lovgrundlaget for tilsynet samt information om tilsynets formål, baggrund, forløb og vurdering findes på vores hjemmeside www.stps.dk under *Lovgrundlag og generelle oplysninger*.